

Veranderingen in de opleiding tot psychiater in de 21ste eeuw

V.J.A. BUWALDA, C.J. SLEEBOM-VAN RAAIJ, W. VAN TILBURG

SAMENVATTING Na jarenlange voorbereiding staat de opleiding tot psychiater evenals die van de zusterspecialismen voor ingrijpende veranderingen. Maatschappelijke tendensen, zoals feminisering en een verschuiving in de verdeling tussen betaalde arbeid en zorgtaken thuis, hebben hun weerslag op de opleiding. In dit artikel wordt teruggeblikt op de opleiding van weleer en het effect van de maatschappelijke tendensen op de opleiding. Het herschikken van de opleiding waarbij toegewerkt wordt naar een kortere bachelor-masterstructuur met een 'common trunk' voor een aantal specialismen is een mogelijke oplossing. Live observatie, live supervisie, evidence-based medicine, en organisatorische hulpmiddelen voor arts-assistenten in opleiding worden beschouwd als onderdelen daarvan. De specifieke inbreng van de psychiatrie bestaat onder meer uit de toepassing van de leertherapie en een gestandaardiseerde biopsychosociale assessment, de INTERMED.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)9, 621-626]

TREFWOORDEN common trunk, maatschappelijke verandering, medisch specialismen, opleiding

De medische opleiding staat aan de vooravond van grote veranderingen. Dat geldt niet alleen voor de opleiding tot basisarts, maar ook voor de specialistenopleidingen, zoals die tot psychiater. In dit artikel worden de beoogde veranderingen op een overzichtelijke manier beschreven tegen de achtergrond van enkele maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de feminisering en de verschuiving tussen betaalde arbeid en zorgtaken. De opleiding tot psychiater staat daarbij centraal.

ARTS OUDE STIJL

Tot voor kort was het 'artszijn' een levensvullend, meestal mannelijk beroep (Oosterling-Schriereck 1997). Men kon op de arts te allen tijde een beroep doen; hij maakte lange werkweken en was thuis van zorgtaken vrijgesteld (Heiligers e.a. 2002; Oosterling-Schriereck, 1997). De patiënt

plaatste hem op een voetstuk en maatschappelijk was hij een alomgerespecteerde figuur. De arts was dé autoriteit en de patiënt afwachting en afhankelijk. Beslissingen die artsen namen, waren oncontroleerbaar, omgeven met mystiek en verborgen voor de buitenwereld (Dulmen & Bensing 2002). De patiënt stond weliswaar centraal, maar de geneeskunde was vooral arts- en ziektegericht (Bensing 2000; Dulmen & Bensing 2002). Het opleidingscontingent bestond voornamelijk uit mannen en er was sprake van een meester-gezelrelatie met een autocratische houding van de meester. De arts-assistent in opleiding werkte dag en nacht en het beroep beheerste zijn persoonlijke leven.

FIGUUR 1 Veranderingen in de opleiding geneeskunde, in het bijzonder tot psychiater

Arts oude stijl	Transitie-moment	Arts nieuwe stijl
De beroepsgroep		
Altijd beschikbaar	→	normale werkweek
Fulltime	→	parttime werk is mogelijk
Zelfstandig ondernemer	→	dienstverband
Autoritaire houding	→	gericht op partnerschap
Ervaring en overdracht	→	evidence-based medicine
Aanbodgericht	→	vraaggericht
Typemachine	→	computer/internet
De psychiatrie		
In zichzelf gekeerd	→	open naar andere specialismen
Geïsoleerd optreden	→	gezamenlijk
Gesloten	→	reflectief
Mystiek	→	transparant
De patiënt		
Niet beschermd	→	beschermd
Vererend	→	gelijkwaardig
Nauwelijks invloed	→	veel invloed
Passief	→	actief
De arts-assistent in opleiding		
Kennis en vaardigheden	→	kennis en vaardigheden
Boeken	→	internet
Passief	→	interactief
Voor al mannen	→	vooral vrouwen

MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN VAN 1970 TOT 2000

De huidige generatie artsen is in eerder genoemde stijl opgeleid. De context waarin artsen werken is de laatste decennia echter sterk veranderd. Door maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de kortere werktijden en de feminisering zijn lange werkweken minder vanzelfsprekend (Heiligers e.a. 2002). Tevens is er een verschuiving opgetreden in de verdeling tussen betaalde arbeid en zorgtaken thuis (Heiligers e.a. 2002; Oosterling-

Schiereck 1997). Hierdoor nemen steeds meer vrouwen deel aan het betaalde arbeidsproces en verrichten mannen thuis vaker zorgtaken. Het aantal vrouwelijke medisch specialisten is gestegen van 5% in 1970 naar 21% in 2000. In 1999 was in de psychiatrie zelfs 54% van de arts-assistenten vrouw (Medisch Specialisten Registratie Commissie 1999; Gijsbers van Wijk & Van der Mast 2000).

Daarnaast bevinden we ons volgens Crul (2002a) wat betreft de inhoudelijke invulling van ons beroep op een 'transitiemoment', waarin een oud en een nieuw beroepsprofiel van de medisch specialist naast elkaar bestaan. De arts is van een alleswetende en alomgerespecteerde geneesheer een raadgever en keuzebegeleider geworden (Bakker e.a. 2002). Om een beeld te krijgen van het beroepsethos van de huidige generatie arts-assistenten van de verschillende specialismen in opleiding heeft het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) onderzoek gedaan naar de wensen van agio's (assistent-geneeskundigen in opleiding) van verschillende specialismen, met betrekking tot de beroepsuitoefening, rechtspositie, type ziekenhuis, omvang van aanstelling en maximale werkweek (Heiligers e.a. 2002). Van de agio's gaf eenderde te kennen in loondienst te willen werken, het liefst parttime (68%), en op full-time basis gemiddeld 44 uur per week. Vrouwelijke artsen hadden een grotere voorkeur dan mannelijke artsen voor een aanstelling in loondienst en parttime. Deze uitkomsten hebben consequenties voor de opleidingscapaciteit. Aangezien het aantal vrouwelijke 'agio's in de afgelopen jaren gestegen is, zal ook het aantal vrouwelijke medisch specialisten toenemen. Bij gynaecologie, kindergeneeskunde (Heiligers e.a. 2002) en ook in de psychiatrie (Gijsbers van Wijk & Van der Mast 2000) zal in 2010 het aantal vrouwelijke artsen groter zijn dan het aantal mannelijke artsen. Volgens deze schattingen zal het aantal 'agio's moeten toenemen met 10-15 % (Heiligers e.a. 2002) om voldoende werkzame artsen te krijgen. Het Capaciteitsorgaan (Schipholt 2000) schatte dat er een groei van de opleidingscapaciteit van 25-71% nodig is om in het jaar 2010 te voldoen aan het aantal benodigde spe-

cialisten. Omgerekend naar fulltime equivalenten is dit een toename van 16-27% (Leliefeld & Holland 2002). Bij deze berekening is ook rekening gehouden met 5% daling van de arbeidstijd (Schipholt 2000).

VERANDERING IN DE OPLEIDING TOT MEDISCH SPECIALIST: DE COMMON TRUNK

De hiervoor genoemde maatschappelijke tendensen zullen van invloed zijn op de huidige opleidingsstructuur. Welke oplossingen worden er aangedragen om deze invloeden enigszins het hoofd te bieden? Ex-minister Borst-Eilers heeft in 2002 te kennen gegeven de oplossing van het probleem niet alleen te zien in het opleiden van meer artsen. Ook moeten de huidige beroepsbeoefenaren zo lang mogelijk werkzaam blijven, moet de opleiding gemoderniseerd en een taakherschikking worden doorgevoerd tussen bestaande en nieuwe professionals in de zorg. Taakdelegatie moet leiden tot een efficiëntere taakverdeling en verlichting van de werkdruk.

Een tweede oplossing wordt gezien in het herschikken van de opleiding die door de projectgroep Medisch Opleidingcontinuüm/De Arts van Straks (Crul 2002b; www.deartsvanstraks.nl) gestalte is gegeven. In Europa wordt de oude basisopleiding tot arts vervangen door een bachelor-masterstructuur. Volgens de projectgroep is hierdoor een snellere doorstroming te realiseren en kunnen meer artsen worden opgeleid. De projectgroep stelt dat de vervolgopleiding korter kan als deze beter aansluit op de eerste fase en niet de 'productie' (patiëntenzorgactiviteiten), maar de opleiding centraal staat (Crul 2002b; www.deartsvanstraks.nl).

De kortere opleiding tot basisarts inclusief een schakeljaar (het huidige 6de jaar) maakt een snellere overgang van basis- naar vervolgopleiding mogelijk. Door dit schakeljaar (overgangsjaar tussen de studie geneeskunde en de medisch specialistische opleiding) blijkt de specialistenopleiding met een half jaar te kunnen worden verkort. Ook

streeft de projectgroep naar een *common trunk*, een gemeenschappelijke basis van twee jaar, waar een aantal medisch specialismen in participeren, gevolgd door een module van twee jaar die opleidt tot algemeen specialist. Subspecialisatie is aansluitend aan laatstgenoemde module mogelijk (Crul 2002b).

De op elkaar aansluitende opleidingen leiden op deze manier tot een zogeheten opleidingscontinuüm. In de *common trunk* zullen twee tot vier grote specialismen in de eerste twee jaar gezamenlijk optreden, waardoor een betere samenwerking afgedwongen wordt. De psychiatrie wordt met onder meer interne geneeskunde en neurologie ondergebracht in de *common trunk* van de 'beschouwende specialismen'. Het strekt dan tot aanbeveling dat ze gezamenlijk streven naar het definiëren en ontwikkelen van gemeenschappelijke competenties dan wel vaardigheden.

Gemeenschappelijke onderdelen van de opleiding binnen de *common trunk*

In de eerste plaats zullen live observatie en live supervisie belangrijke onderdelen zijn van de onderwijsprogramma's die de diverse specialismen in de *common trunk* met elkaar delen: de *agio* is bij patiëntencontacten van de supervisor live aanwezig vice versa. Bij de snijdende specialismen wordt dit principe reeds toegepast (Hulsewe e.a. 2002). In de Verenigde Staten is men voorstander van een beschermd klinisch leerprogramma met meer live supervisie, stimulering van het gebruik van internet, interactieve videocursussen en teleconferenties (Robinowitz 1999).

In de tweede plaats is het essentieel het *experience-based* leren te verdiepen door het wetenschappelijk denken in de opleiding te integreren. Dit moet worden gerealiseerd door de toepassing van *evidence based medicine* (EBM). EBM, geïntroduceerd door Sackett in de negentiger jaren (Crommentuyn 2002), verdient een plaats in de bachelor- en de masterfase van de studie geneeskunde (Peters 2000).

Het derde gemeenschappelijke onderdeel be-

treft de organisatorische hulpmiddelen voor agio's. Zo is een logboek een kwaliteitbewakingsinstrument, waarvoor de agio verantwoordelijk is en waarmee overzicht tijdens het opleidingstraject wordt verkregen (European Board of Psychiatry 1999; Van Bussel & Ruesink 1999). Voorts kan de agio door een training in *time management* leren een balans te vinden in het krachtenveld van de opleiding en productie. Op basis hiervan kan hij zijn eigen profielschets met de daaraan gekoppelde leerdoelen ontwerpen. Met de door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ontwikkelde 'carrièremonitor' kan de agio inzicht krijgen in een 'acceptabele werkdruk', een begrip dat in de nieuwe opleidingseisen 2000 (Commissie nieuwe opleidingseisen van het Consilium Psychiatricum 2000) niet is geoperationaliseerd. Deze methode bevordert dat werkstressoren, zoals werkdruk, emotie, bureaucratie, mentale belasting, werk-huisinterferentie (invloed van werk op het privé-leven), en energiebronnen, zoals autonomie, steun van collega's, balans, coaching, ontplooiing patiënten (de vaardigheid om soepel om te gaan met patiënten en hun emoties), intelligentie en feedback, in balans zijn (Bakker e.a. 2002; Van Rooijen e.a. 2002).

Specifieke inbreng van de psychiatrie in de common trunk

Naast de inbreng in een aantal identiek opgezette gemeenschappelijke activiteiten kunnen de afzonderlijke specialismen een belangrijke eigen bijdrage leveren aan de common trunk.

De arts-patiëntrelatie is de laatste jaren gecompliceerder geworden, onder meer door de introductie van patiëntenwetten (bijvoorbeeld de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst), de toegenomen expertise van chronisch zieken, opgebouwd met behulp van oude en nieuwe media (met name internet) en het hogere algemene opleidingsniveau (Bensing 1998; Dulmen & Bensing 2002). De patiënt is mondiger en veeleisender en dat vergt van de arts een grotere mate van flexibiliteit (Dulmen & Bensing 2002). Door

deze 'nieuwe patiënt' wordt psycho-educatie steeds belangrijker en wordt de arts vaker met ethische dilemma's geconfronteerd. Om dit op te vangen, moet hij zich meer dan in het verleden bekwaamen in het voeren van gesprekken. De psychiatrie heeft van de medisch specialismen de meeste ervaring en kennis om hiermee om te gaan.

Leertherapie kan de agio inzicht geven in het eigen functioneren: hij leert reflecteren op wat hij dagelijks in de opleiding meemaakt; dit verhoogt de competentie. Hij leert de eigen gevoelens te kennen en deze een plaats te geven (Gans 2000). De bekwaamheid om te anticiperen op ethische dilemma's en grensoverschrijdend gedrag wordt vergroot, men leert deze te analyseren en te vermijden.

Een ander hulpmiddel, dat in het VU medisch centrum reeds wordt gebruikt om inzicht te verkrijgen in de complexe materie van alledag in een algemeen ziekenhuis, is het evenwichtig leren hanteren van het biopsychosociale kader, zoals uitgewerkt in het 'integrale diagnostische en interventieschema' (Huyse 2000; Huyse & Van der Mast 1997) en in een verdere gekwantificeerde uitwerking ervan, de INTERMED (Huyse 2000; Huyse 1999). Dit model kan een bijdrage leveren aan de opleiding in het schakeljaar. Het stelt de arts in staat snel inzicht te krijgen in de complexe interactie van somatiek en psychiatrische problematiek in het sociale krachtenveld. Het geeft de agio de mogelijkheid op metaniveau te zien hoe men een integraal behandelplan kan opstellen. Een tweede voordeel is dat het de afstand tot de medische zusterspecialismen verkleint (Yates 1999), omdat het biopsychosociale model een invulling van het medische model is.

DE NIEUWE OPLEIDING!

Hoe zou nu de opleiding tot psychiater in het licht van de geschetste ontwikkelingen er uit moeten zien? Allereerst zou de opleiding meer moeten worden afgestemd op de opleidingen van de andere beschouwende specialismen. In de bachelor-

en masterfase van de studie geneeskunde worden vaardigheden aangeleerd, zoals EBM, die voortgezet moeten worden in de vervolgoopleidingen. In het schakeljaar zullen een aantal gemeenschappelijke vaardigheden en hulpmiddelen worden gebruikt, zoals live supervisie, INTERMED en het logboek. Deze worden voortgezet in de common trunk waarin tevens de leertherapie moet worden opgenomen. Het schakeljaar kan in een academische setting gezet, aangezien daar de basisfaciliteiten reeds voorhanden zijn. In de vervolgoopleiding kan bij voldoende kennis de agio voorbereid worden op de stage in de perifere ziekenhuizen.

Een aparte honorering voor medisch specialisten die zich bezig houden met opleidingen, extra formatie van arts-assistenten ten bate van het aantal vrouwen in opleiding dat zwanger is en het organiseren van een flexibele kinderopvang, zijn voorwaarden om de opleiding te kunnen realiseren (Meyboom-de Jong e.a. 2002; Crul 2002b).

De hier beschreven veranderingen worden pas haalbaar wanneer door de verschillende gremia binnen de geestelijke en somatische gezondheidszorg consensus over het opleidingstraject wordt bereikt en de organisatie vervolgens wordt aangepast. In een samenleving waar in toenemende mate behoefte is aan psychiatrische ondersteuning is een volwaardig psychiatrisch specialisme belangrijk. De psychiatrie kan door participatie in de gemeenschappelijke common trunk een interessante en baanbrekende bijdrage leveren aan de ontwikkelingen van het medische vak in het algemeen en aan het eigen specialisme in het bijzonder.

LITERATUUR

Bakker, A.B., Schaufeli, W., Bulters, e.a. (2002). Carrière-counseling via internet. KNMG project brengt werkstress en arbeidsvreugde van artsen in beeld. *Medisch Contact*, 57, 454-456.

Bensing, J.M. (1998). De arts-patiëntrelatie: bron van genezing en frustratie. In C.W. Aakster & J.W. Groothof (Red.), *Medische sociologie*. Groningen: Wolters Noordhof.

Bensing, J.M. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient*

education and counseling, 39, 17-25.

Borst-Eilers, E. (2002). Reactie van Minister Borst: 'Rekening houden met veranderend Beleid.' *Medisch Contact*, 57, 662.

Bussel E. van, & Ruesink, B. (1999). Voorstel Logboek SAP 'Opleiding tot Psychiater' in Nederland. *De Psychiater*, 3, 4.

Commissie nieuwe opleidingseisen van het Consilium Psychiatricum. (2000). *Opleidingseisen Psychiatrie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Crommentuyn, R. (2002). Tien jaar evidence-based medicine. *Medisch Contact*, 57, 1724-1725.

Crul, B.V.M. (2002a). Fluitend naar het werk. *Medisch Contact*, 57, 1255.

Crul, B.V.M. (2002b). Inspelen op de arts van straks. Betty Meyboom-de Jong over het medisch opleidingscontinuüm. *Medisch Contact*, 57, 444-447.

Dulmen, S. van, & Bensing, J. (2002). In en uit de witte jas. Machtsverschuivingen in de spreekkamer. *Medisch Contact*, 57, 1900-1903.

European Board of Psychiatry. (1999). *Charter on training of Medical Specialists in het European Union, requirements for specialty of Psychiatry. Appendix 5. The Logbook*. European Board of Psychiatry.

Gans, E. (2000). De invloed van de psychotherapie op de psychiatrieopleiding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 265-269.

Gijsbers van Wijk, C.M.T., & van der Mast, R.C. (2000). De opleiding psychiatrie in een veranderend maatschappelijk perspectief: feminisatie en seksesegregatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 245-250.

Heiligers, P.H., van der Velden, L.F.J., & Hingstman, L. (2002). Meer dan werk alleen. Wensen van agio's hebben ingrijpende gevolgen. *Medisch Contact*, 57, 1267-1270.

Hulsewe, K.W.E., Jansen, J., & Hoofwijk, A.G.M. (2002). Op het Scherp van de Snede. Opleiding chirurgie binnen de Arbeidstijdenwet toch mogelijk. *Medisch Contact*, 57, 1160-1163.

Huyse, F.J. (2000). Reactie op 'Hoe bewaken we de verwevenheid van de biologische, psychologische en sociale factoren?'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 619-621.

Huyse, F.J., Lyons, J.S., Steifel, F.C., e.a. (1999). "INTERMED": A method to assess health service needs: Development and reliability. *General Hospital Psychiatry*, 21, 39-48.

Huyse, F.J., & van der Mast, R.C. (1997). Consultatieve psychiatrie. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (Red.), *Handboek psychopathologie. Deel II Ontwikkelingen* (pp. 214-228). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Leliefeld, H.J., & Holland, P.C.H.M. (2002). Inzicht in opleidingscapaciteit. Capaciteitsplan 2001 maakt verschillen tussen specialis-

men zichtbaar. *Medisch Contact*, 57, 27-30.

Medisch Specialisten Registratie Commissie. (1999). *Jaarverslag 1998*.

Utrecht: KNMG-MSRC.

Meyboom-de Jong, B., van Rooijen, A.P.N., & Schmit-Jongbloed, L.J.

(2002). De arts van straks. Toekomstverkenning van het medisch opleidingscontinuüm. *Medisch Contact*, 57, 1618-1621.

Oosterling-Schiereck, G. (1997). Emancipatie en werktijden in het artsens beroep. *Medisch Contact*, 52, 418-419.

Pieters, G. (2000). Evidence-based psychiatrie in de psychiatrische opleiding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 271-276.

Robinowitz, C.B. (1999). Psychiatric education for the new millennium. In S. Weissman, M. Sabshin & H. Eist (Red.), *Psychiatry in the new millennium* (pp. 301-315). New York: American Psychiatric Press.

Rooijen, A.P.N. van, Bulters, A.J., & Bakker, A.B. (2002). Kicks en katers. Werkstressoren en energiebronnen in de praktijk. *Medisch Contact*, 57, 1275-1278.

Schilpholt, I.L. (2000). Er moet nu snel iets gebeuren. Het capaciteitsorgaan luidt de noodklok. *Medisch Contact*, 55, 1388-1390.

Yates, W.R. (1999). An update on combined residency training programs in psychiatry. *Medicine Psychiatry*, 2, 11-14.

AUTEURS

V.J.A. BUWALDA is werkzaam als psychiater in GGZ Buitenamstel en de Robert-Fleury Stichting en was tot voor kort voorzitter van de Subvereniging Arts-assistenten Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

C.J. SLEEBOOM-VAN RAAIJ is psychiater en werkzaam als locatiepsychiater landelijke afdeling psychische hulpverlening aan doven en slechthorenden bij de Robert-Fleury Stichting.

W. VAN TILBURG is psychiater en hoogleraar klinische psychiatrie. Tot voor kort was hij A-opleider aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en GGZ Buitenamstel en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Correspondentieadres: V.J.A. Buwalda, Parnassusweg 28-III, 1076 AR Amsterdam.

E-mail: imsep@xs4all.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-4-2004.

SUMMARY

Changes in training programmes for psychiatrist in the 21st century – V.J.A. Buwalda, C.J. Sleeboom-van Raaij, W. van Tilburg –

After years of preparatory work radical changes are about to be made in the training programmes for psychiatrists and several other medical specialists. Programme development has been influenced by trends in society such as the shifting proportions of men and women in salaried jobs and household chores. This article describes the content of earlier training programmes and shows how societal trends have affected the programmes. One of the principal proposals for changing the training is to shorten it and give it a bachelor-master structure with a 'common trunk', containing material that is applicable to a number of different specialisms. Live observation, live supervision, evidence-based medicine and organisational aids are all considered to be part of this 'common trunk'. Psychiatry's specific contributions to the new programmes consist of training therapy and a standardised biopsychosocial assessment known as the INTERMED.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)9, 621-626]

KEY WORDS common trunk, education, medical specialties, social change